

## FICHE d'INSCRIPTION à la COMPAGNIE ACACIA

NOM : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 Téléphone portable : .....  
 Adresse mail : .....@.....

### Inscription pour la saison 2024 – 2025 au cours du :

#### LUNDI

- de 14h45 à 15h45 : Papillons blancs
- de 17h à 18h : Bien-être doux
- de 18h à 19h : TRX
- de 19h à 20h : Pilates Niv 2
- de 20h à 21h : Stretching

#### MARDI

- de 18h à 19h : Bien-être tonique
- de 19h à 20h : FAC
- de 20h à 21h : Cardio boxe

#### MERCREDI

- de 18h à 19h : Cardio Training
- de 19h à 20h : FAC
- de 20h à 21h : Bumba Adultes

#### JEUDI

- de 18h à 19h : Pilates Niv 1
- de 19h à 20h : Bodysculpt
- de 20h à 21h : Cross Training

#### SAMEDI

- de 14h à 15h : Rock
- de 15h à 16h : Danse de salon

Cotisation	: .....€	Motif de la réduction
Réduction éventuelle	: .....€	
Parrainage	: .....€	
<b>A payer</b>	<b>: .....€</b>	

Mode de paiement :  espèces  chèque(s) en .... fois  autre

Détail : .....

Date : ..... Signature : .....

Je souhaite une facture

Tourné la page SVP

- Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur
- J'autorise la Compagnie Acacia à utiliser mon image (celle de mon enfant) pour promouvoir ses activités et dans le cadre du trombinoscope à destination des coaches

**Note 1** : les chèques sont encaissés à date fixe : **15 oct.2024 – 15 déc.2024 – 15 fév.2025**

**Note 2** : Autorisation à la diffusion de l'image – **si vous ne cochez pas cette case, cela signifie que vous n'acceptez pas la diffusion de votre image** (photos ou vidéos, de vue d'ensemble uniquement, réalisées dans le cadre de l'association pour promouvoir ses activités).

## Questionnaire de santé + 18 ans

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

**Vous êtes prêt pour votre saison sportive ! Si vous avez des questions sur votre état de santé parlez-en à votre médecin.**

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

**Nous vous recommandons fortement d'aller consulter votre médecin et de lui montrer vos réponses au questionnaire avant de commencer votre saison sportive.**